

Het gebruik van motivatievragenlijsten in de behandeling van chronisch verslaafde patiënten

Tom Holsbeek, Gerdien de Weert, Alex Roomer en Cor de Jong*

Inleiding

Sinds enkele jaren voert het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) een monitorproject uit bij acht intramurale motivatiecentra (IMC's) en een monitorproject bij acht dubbele-diagnoseklinieken (DD-klinieken). Een doelstelling van deze projecten is het vergelijken van de gegevens van de klinieken om zo informatie te krijgen over de kwaliteit en uitkomsten van behandeling. Monitoren kan daarnaast gebruikt worden in het directe contact tussen hulpverlener en patiënt. Hierdoor krijgt zowel de hulpverlener als de patiënt meer zicht op de ontwikkelingen van de patiënt tijdens de opname. Uit meerdere studies blijkt dat deze feedback een positief effect heeft op de uitkomst van de behandeling (Lambert e.a., 2005; Saptya e.a., 2005).

De monitor zoals die bij de IMC's en DD's is ontwikkeld, biedt de mogelijkheid om het meten direct te betrekken in de behandeling. Naast Kwaliteit van leven en Ernst van de psychopathologie zijn Motivatie voor behandeling en Motivatie voor verandering in gebruik belangrijke items, die gemeten worden binnen de monitorprojecten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de Motivation for Treatment (MfT; De Weert-van Oene e.a., 2003 e.v.), de observantenvariant van deze lijst (MfT-O) en de Readiness to Change Questionnaire (RCQ; De Fuentes-Merillas, De Jong & Schippers, 2000). In dit artikel willen wij aan de

- * T.B. Holsbeek is projectcoördinator monitor Dubbele Diagnose en beleidsmedewerker bij IrisZorg te Arnhem. E-mail: t.holsbeek@iriszorg.nl.
Dr. G.H. de Weert is projectleider monitorprojecten bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction en senior onderzoeker bij IrisZorg te Arnhem.
Drs. A. Roomer is projectmanager forensische zorg bij IrisZorg te Arnhem.
Prof. dr. C.A.J. de Jong is bijzonder hoogleraar bij de Radboud Universiteit Nijmegen en wetenschappelijk directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction.

hand van een casus een beeld geven van de manier waarop monitoring middels motivatievragenlijsten plaatsvindt binnen de IMC- en DD-monitor. De focus ligt hierbij op de toepassing van deze lijsten tijdens de behandeling.

Meneer A (39) wordt vrijwillig opgenomen op het IMC. Hij is al meer dan tien jaar verslaafd aan heroïne, cocaïne, cannabis en methadon. Zijn behandeldoelen voor de IMC-opname zijn detoxificatie, structureren en motiveren, met als einddoel resocialiseren. De voorgenomen duur van de behandeling is drie maanden.

Methode

De IMC- en DD-monitor worden volgens eenzelfde stramien uitgevoerd. Bij elke nieuw opgenomen patiënt wordt in de eerste week van opname een set meetinstrumenten afgenoemt, waaronder de drie motivatievragenlijsten (zie www.monitorprojecten-nispa.nl). De motivatievragenlijsten worden vervolgens elke vier weken afgenoemt. Als het behandelplan volledig wordt afgerond, zijn er gegevens van vier meetmomenten.

Hoewel in principe elke patiënt die bij een IMC of DD wordt opgenomen, in aanmerking komt voor deelname aan de monitor, is dit in de praktijk niet altijd het geval. De redenen van non-respons zijn divers: vaak zijn het patiëntgerelateerde factoren, zoals te vermoed zijn, onder invloed van middelen zijn of te veel last hebben van psychische klachten. Ook kan het liggen aan de moeilijkheid om het proces van meten in te passen in de dagelijkse praktijk.

In de periode 2003-2008 werd bij de IMC's 30-50% van de patiënten geïncludeerd (De Weert-van Oene e.a., 2003 e.v.). De geïncludeerde groep vormt een representatieve afspiegeling van alle IMC-patiënten wat betreft geslacht, leeftijd en problematiek. In totaal zijn bij de IMC's over de jaren heen bij 1001 patiënten de MfT en MfT-O verkregen. Bij 937 patiënten is de RCQ afgenoemt. Bij de dubbele-diagnoseafdelingen ligt de respons hoger: 80-100% (De Weert-van Oene e.a., 2006 e.v.).

De MfT bestaat uit 24 items en stelt vast in welke mate een patiënt intrinsieke dan wel extrinsieke motivatie voor behandeling ervaart. De MfT levert vier scores op: algemene probleemherkenning, specifieke probleemherkenning, hulpwens en behandelbereidheid. De MfT is gebaseerd op het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente (1982). Bij de MfT geeft de patiënt tevens zijn doelen van be-

handeling aan en prioriteert deze. De MfT is geschikt voor gebruik bij patiënten met alcohol- en drugsafhankelijkheid (De Weert-van Oene e.a., 2002).

De observantenversie van de MfT, de MfT-O, heeft dezelfde vraagstelling. In deze versie geeft de observant - meestal de persoonlijk begeleider van de patiënt - aan hoe volgens hem of haar de motivatie van de patiënt is.

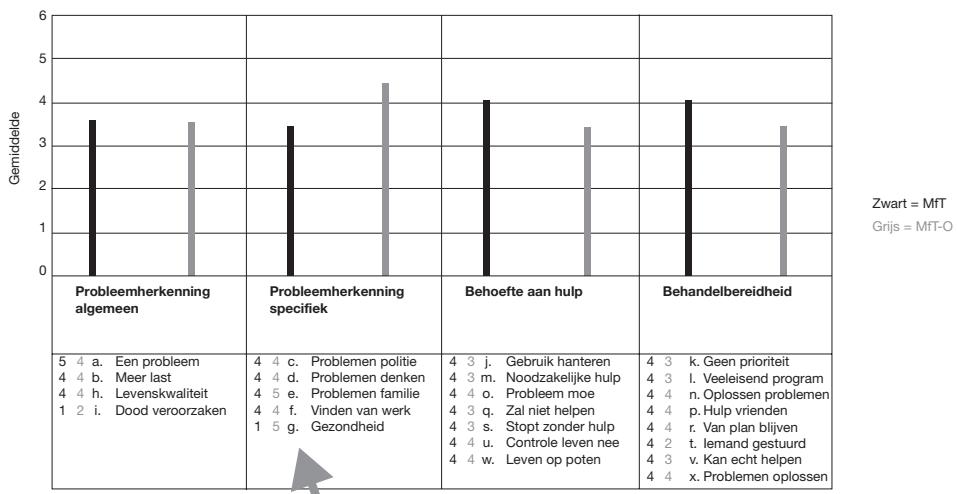
De RCQ is een zelfrapportagelijst en meet de intrinsieke bereidheid van een patiënt om te veranderen in zijn middelengebruik. Elk middel dat de patiënt in het jaar voor afname van de lijst drie of meer dagen per week heeft gebruikt wordt apart bevraagd. De patiënt geeft de frequentie en kwantiteit van gebruik in de afgelopen dertig dagen aan.

De RCQ bestaat uit twaalf items. Patiënten geven op een vijfpunts-schaal aan in hoeverre zij het met een stelling eens zijn (1 = 'helemaal mee eens'; 5 = 'helemaal mee oneens'). Na beantwoording van de stellingen wordt bekeken in welke fase van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente de patiënt zich bevindt. De RCQ is geschikt voor gebruik bij patiënten met alcoholafhankelijkheid en bij patiënten met polydrugsgebruik (Defuentes-Merillas, De Jong & Schippers, 2001; Raes e.a., geaccepteerd).

Alle genoemde vragenlijsten worden afgenoemd middels een webbased programma: BehandelingsEvaluatie en Registratie Opslag (BergOp). De patiënt vult de MfT en de RCQ in, waarna meteen een uitslag gegenereerd kan worden. De persoonlijk begeleider (PB) vult de MfT-O in. Een medewerker is in de buurt om eventueel toelichting te geven op het invulprogramma of op de vragen.

Wanneer beide lijsten in week 1 ingevuld zijn, vergelijkt de PB van de patiënt de uitslagen van de twee ingevulde lijsten met elkaar. Zo krijgt de PB een goed beeld van de motivatie van de patiënt. Vervolgens spreekt hij de twee uitslagen met de patiënt. Hiermee verkrijgt de PB'er meer achtergrondinformatie over de motivatie van de patiënt. Vooral erg verschillend gegeven antwoorden dienen onderwerp van gesprek te zijn.

Na het invullen van de MfT en de MfT-O verschijnt in BergOp direct een profiel op het scherm waaruit de mate van motivatie wordt afgelezen. Met deze profielen wordt een vergelijking gemaakt tussen de uitslag van de patiënt en die van de PB (zie figuur 1). Doordat de hoogte van de scores onderaan de uitslag staat, kan de PB specifiek ingaan op onderwerpen die met motivatie te maken hebben. Verschillen in scores tussen patiënt en PB komen zo aan het licht en worden onderwerp



Figuur 1 MfT ingevuld door de patiënt en MfT-O ingevuld door de persoonlijk begeleider.
Bovenste deel geeft de gemiddelde score op de vier schalen aan. Het middelste gedeelte geeft het onderwerp aan waarop gemeten wordt. Het onderste gedeelte geeft de vragen aan die onder deze schaal vallen met de daarbij behorende score.

van gesprek. In de loop van de behandeling wordt het behandelingsplan hierop afgestemd en wordt toegewerkt naar meer overeenstemming.

In figuur 1 worden de scores van de MfT en de MfT-O van meneer A weergegeven.

Meneer A geeft in de schaal Specifieke probleemherkenning aan dat hij gebruik niet de oorzaak vindt van zijn gezondheidsproblemen (score = 1). De stelling ‘gebruiken is de oorzaak van problemen met mijn gezondheid’ correspondeert met dit item. De PB geeft er een score van 5 aan, wat betekent dat hij inschat dat bij de betreffende patiënt gebruik een zeer belangrijke oorzaak van de gezondheidsproblemen is. Hierdoor valt de gemiddelde score op het gebied probleemherkenning specifiek anders uit bij beide lijsten. De gemiddelde score bij de MfT op het gebied Specifieke probleemherkenning is 3,4 en de gemiddelde score bij de MfT-O op het gebied Specifieke probleemherkenning is 4,4. Hierdoor kan de PB twee dingen goed bespreken: de inschatting van de motivatie van de patiënt en van de PB op meetmoment 1 en het verloop van de scores in tijd.

Meneer A en zijn PB bespreken vervolgens de uitslag en de verschillend gegeven antwoorden. Hieruit komt naar voren dat meneer A heel anders tegen de ernst van zijn problemen aankijkt dan zijn PB. De PB kan de problemen die meneer A heeft met zijn gezondheid vergelijken met de problemen die niet-verslaafde mensen hebben met hun gezondheid. Dit doet meneer A in een later stadium van zijn behandeling inzien dat hij wel problemen heeft met zijn gezondheid en dat die samenhangen met zijn middelengebruik.

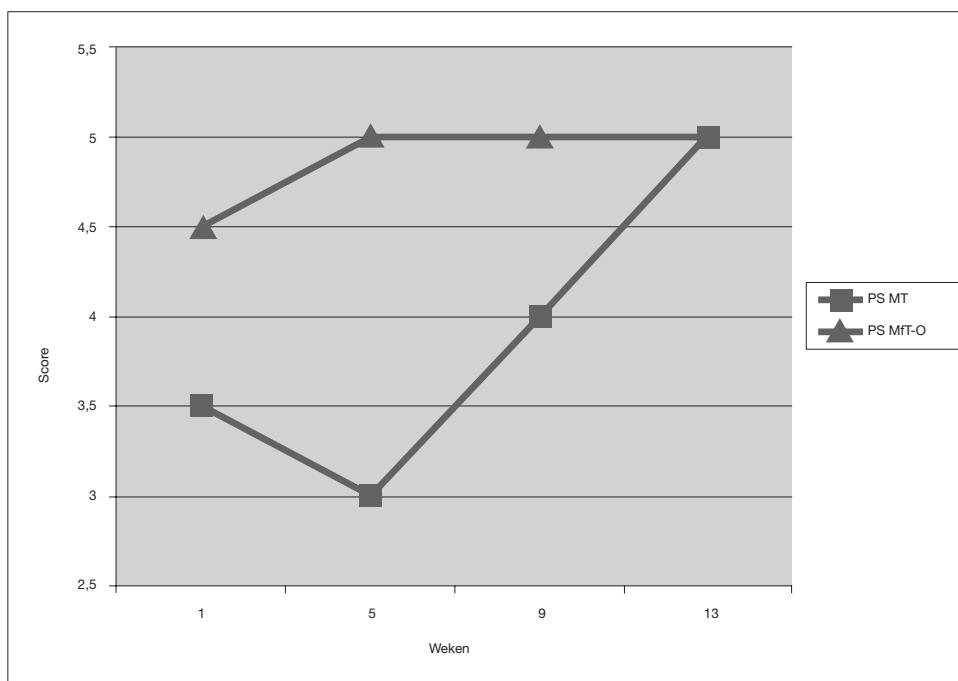
Bij figuur 2 vallen de volgende zaken op: de patiëntenscore (streep met vierkant) heeft een tamelijk grillig verloop. Bij de hulpverlener (streep met driehoek) is sprake van een veel vlakker verloop. Naarmate de opname vordert, scoort de hulpverlener op dit gebied op het tweede meetmoment hoger. Op meetmoment 3 en 4 blijft de score gelijk aan die bij meetmoment twee. Dit in tegenstelling tot meneer A die op meetmoment 2 en 3 veel lager scoort dan de hulpverlener. Op meetmoment 4 is de score van patiënt en hulpverlener gelijk.

Figuur 2 maakt zichtbaar dat op meetmoment 1 en 3 de PB'er de specifieke probleemherkenning hoger scoort dan die in werkelijkheid bij meneer A is. Hierbij is de uiteindelijke score niet het meest relevant; er mag geen statistische of klinische relevantie aan worden toegekend. Echter, het gesprek dat volgt uit deze scores is wel relevant. Dit brengt de patiënt en PB meer op één lijn. Op basis van dit gesprek en het hiermee verkregen inzicht stelt de PB zijn interventies bij.

De RCQ wordt eveneens afgenoomen op de computer met BergOp. Ook hier verschijnt meteen na afname van de vragenlijst de uitslag op het scherm. De uitslag wordt gegeven op drie gebieden.

- *Precontemplatiefase*. De fase waarin de patiënt aangeeft dat er geen problemen zijn met betrekking tot het middel dat hij gebruikt.
- *Contemplatiefase*. De fase waarin de patiënt zich realiseert dat hij een probleem heeft met betrekking tot het gebruikte middel en aan het nadenken is hoe zijn gedrag te veranderen.
- *Actiefase*. De fase waarin de patiënt zijn gedrag daadwerkelijk gaat veranderen.

In figuur 3 wordt de score van de RCQ van meneer A getoond voor zijn cannabisgebruik.

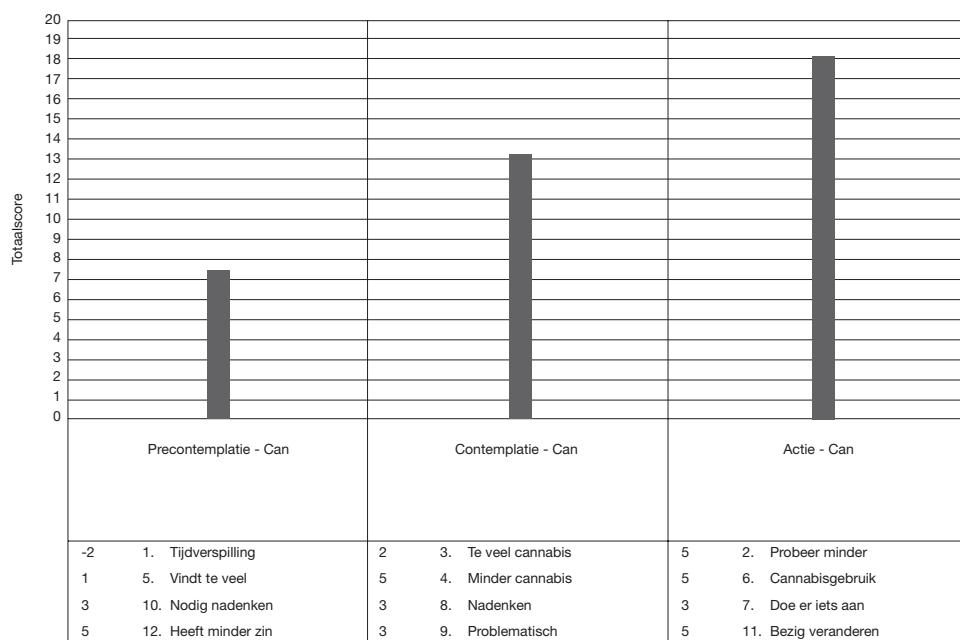


Figuur 2 Het verloop van de score Specifieke probleemherkenning van de MfT en de MfT-O van meneer A in week 1, 5, 9 en 13 van de opname. De MfT is ingevuld door de patiënt, de MfT-O door de persoonlijk begeleider van de patiënt.

Meneer A zit voor dit middel in de actiefase. De geprinte uitslagen krijgt de patiënt mee. Dit geeft hem de mogelijkheid om deze op een later moment nogmaals te bekijken.

De behandelaren hebben inzage in de uitslagen van de eigen patiënten, zodat voor hen ook duidelijk wordt hoe het gesteld is met de motivatie van de patiënt met betrekking tot het middelengebruik. Dit hoort net als de MfT en MfT-O gespreksonderwerp te zijn met de patiënt. Motiverende gespreksvoering is hiervoor de aangewezen methode.

De verschillen tussen de afnameweken worden eveneens vergeleken en teruggekoppeld aan meneer A. Dit geeft de patiënt een visueel beeld van zijn ontwikkeling tijdens zijn opname.



Figuur 3 Een uitslag van de RCQ. Het bovenste gedeelte geeft de score aan op de drie schalen, het middelste gedeelte geeft het onderwerp aan waarop gescoord is, het onderste gedeelte geeft de vragen aan die bij de schaal behoren.

Discussie

Motivatie is een aspect bij chronisch verslaafde patiënten waaraan tijdens de behandeling veel aandacht wordt besteed. Het is een continu proces, waarbij een hoge motivatie afgewisseld kan worden met perioden van een lagere motivatie. Diverse aspecten zijn van invloed op deze verschillen in mate van motivatie. Het bespreken van motivatie aan de hand van vragenlijsten biedt een structuur om op de specifieke aspecten van het motivatieproces in te gaan. De MfT, MfT-O en RCQ zijn hier uitermate geschikt voor.

Onze ervaring is dat door het bespreken aan de hand van de MfT en RCQ het begrip motivatie voor de patiënt een duidelijker betekenis krijgt. In plaats van het algemene en tamelijk vage: ‘Ben je gemotiveerd?’, of: ‘Hij is niet gemotiveerd’, kan nu de vraag gesteld worden: ‘Ik zie dat je met betrekking tot cannabis in de fase zit dat je het geen probleem vindt dat je het middel gebruikt. Kun je dat eens uitleggen?’ Op deze manier komt een meer inhoudelijk gesprek op gang tussen de persoonlijk begeleider en de patiënt. De vraag over motivatie bevordert naar verwachting tevens de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en

patiënt. De doelgroep van de monitor wordt immers gekenmerkt door negatieve ervaringen, die veelal beperkt vertrouwen en demoralisatie tot gevolg hebben (Diepraam, 2003).

Het bespreken van de uitslagen maakt zichtbaar in welke fase van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente de patiënt zit. Om de patiënt naar een volgende fase in het veranderingsmodel te krijgen, kunnen er specifieke interventies ingezet worden. Het boek *Groepsbehandeling bij middelenmisbruik* van Velasquez e.a. (2001) biedt hiertoe een uitstekend hulpmiddel bij. Zo draagt niet alleen het bespreken van de uitslag van de vragenlijsten, maar het gehele proces er omheen bij aan het motivatieproces van de patiënt. Meten heeft op deze manier een viertal werkingen (Veerman, 1999).

- **Sensitiserende werking.** Patiënten en behandelaars worden door het meten gevoelig voor de zaken waarom het gaat. Ook Lambert e.a. (2005) onderschrijven dit: wanneer een behandelaar een signaal krijgt dat de patiënt niet verbeterd, kan hij daar adequater op inspelen. Het in gesprek gaan naar aanleiding van de uitkomst van de vragenlijsten benadrukt dit onderwerp.
- **Structurerende werking.** Patiënten en behandelaars krijgen door het meten meer overzicht van wat er allemaal speelt. Door op een gestructureerde manier iedere vier weken te spreken over bepaalde aspecten van motivatie met de patiënt, krijgt het een evaluatief karakter.
- **Stimulerende werking.** Het spreken over motivatie door middel van ingevulde vragenlijsten zorgt ervoor dat patiënt en behandelaar zich meer serieus genomen voelen en daarmee meer gemotiveerd raken.
- **Profilerverende werking.** Patiënten en behandelaars kunnen naar buiten toe laten zien met de goede dingen bezig te zijn en dit goed te doen. Patiënt en behandelaar kunnen de inhoud van het gesprek weer delen met andere belanghebbenden (zoals familie en collega's).

De ervaring is dat behandelaren (in de verslavingszorg) terughoudend zijn als het gaat om het invullen van vragenlijsten. Mogelijk omdat zij erop vertrouwen dat zij zelf kunnen vaststellen wanneer het slechter gaat met de patiënt (Hatfield & Ogles, 2004). Onderzoek toont echter aan dat dit in onvoldoende mate tot niet het geval is (Lambert e.a., 2005). Behandelaren zien monitoring als een onderzoek en dus als een extra belasting, en niet als een integraal onderdeel van het hulpverleningsproces dat hen kan helpen bij de besluitvorming (Oudejans, 2009). Het monitoren van patiënten maakt natuurlijk ook de behan-

delpraktijk transparanter. Niet elke behandelaar waardeert een dergelijke transparantie positief, zeker als het gevoel bestaat dat dit ten koste gaat van het eigen autonome handelen (Lambert e.a., 2005). Monitoring zonder het bespreken van de uitslagen met de patiënt lijkt niet zinvol. Deze bijdrage geeft de bruikbaarheid in de behandelpraktijk van een drietal vragenlijst weer. Onze (jarenlange) ervaring is dat patiënten het prettig vinden dat ze te horen krijgen wat de uitslag van de vragenlijst is. Ze bespreken dit veelvuldig met medepatiënten, familie en vrienden en hulpverleners. Het biedt hun een aanknopingspunt, een bevestiging en een positief gevoel. Het maakt ook voor hen een vaag begrip als motivatie zichtbaar en tastbaar.

Patiënten vinden het niet vervelend om vragenlijsten in te vullen.

Hoogstens moet rekening gehouden worden met een korte (rook)- pauze, en kan het invullen worden opgesplitst in meerdere sessies of kan er een ontspannend gesprekje worden ingelast.

Literatuur

- Defuentes-Merillas, L., Jong, C.A.J. de, & Schippers GM. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 93-99.
- Diepraam, A. (2003). Intramuraal motivatie centrum. Een handboek. Utrecht: Resultaten Scoren.
- Hatfield, D.R., & Ogles, B.M. (2004). The current climate of outcome measures use in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 485-491.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress; clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 81, 165-174.
- Oudejans, S. (2009). Routine outcome monitoring and learning organizations in substance abuse treatment. (Proefschrift.) Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Petrie, K.J., Müller, J.T., Schirmbeck, F., Donkin, L., Broadbent, E., Ellis, C.J., Gamble, G., & Rief, W. (2007). Effect of providing information about normal test results on patients reassurance: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 325.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Raes, V., Weert-van Oene, G.H. de, Velasquez, M.M., Maeseneer, J. de, & Jong, C.A.J. de (geaccepteerd). The use of the RCQ-D in patients with poly-drug abuse. *Addiction Research and Theory*.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 145-153.
- Veerman, J.W. (1999). Wat heeft de praktijk eraan? Specifiek en non-specifiek nut van onderzoek in de jeugdzorg. Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Velasquez, M.M., Maurer, G.G., Crouch, C., & DiClemente, C.C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages of change therapy manual*. New York: Guilford

- Press. (Nederlandse vertaling: (2006) Groepsbehandeling bij middelenmisbruik. Stap voor stap veranderen op basis van het trantheoretisch model. Amsterdam: Harcourt Assessment.)
- Weert-van Oene, G.H. de, Holsbeek, T., & Jong, C.A.J. de (2007 e.v.). DD benchmark. Jaarrapportage. Nijmegen: NISPA.
- Weert-van Oene, G.H. de, Schipper, G.M., Jong, A.J. de, & Schrijvers, G.J.P. (2002). Motivation for treatment in substance dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU motivation for treatment scales. *European Addiction Research*, 8, 2-9.
- Weert-van Oene, G.H. de, Verbrugge, C., & Jong, C.A.J. de (2006 e.v.). IMC benchmark. Jaarrapportage. Nijmegen: NISPA.
www.bergop.info (19-04-2010).
www.monitorprojecten-nispa.nl (19-04-2010).